

平群町「食」の自立支援事業利用申請書

年 月 日

平 群 町 長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

対象者との続柄（ ）

次のとおり「食」の自立支援事業（配食サービス）を利用したいので平群町地域支援事業実施要綱に基づき申請します。尚、サービス利用に際し不可抗力により生じた事故については、平群町及び実施事業者に対し一切責任を問わないことを誓約します。

利 用 対 象 者	住 所	平群町			郵便番号	〒636-	
	ふりがな				電話番号	-	
	氏 名						
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	年齢	性別
					要介護状態		
世 帯 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	要介護状態	備 考		
緊 急 連 絡 先	氏 名	続柄	住 所		電話番号		
希 望 す る 曜 日	<p style="text-align: center;">月 火 水 木 金</p> <p style="text-align: center;">（希望する曜日を○で囲んでください。）</p> <p>※土曜日・日曜日・祝日並びに12月31日から翌年1月3日までは利用できませんのでご了承ください。</p>						
支援を必要とする理由（具体的に記入して下さい。）							